

Trabalho de conclusão de curso

BRUXISMO DO SONO ASSOCIADO A EROSÃO ÁCIDA, DO DIAGNÓSTICO AO PLANEJAMENTO: REVISÃO DE LITERATURA

DÉBORA AMORIM PEREIRA



Universidade Federal de Santa Catarina

Curso de Graduação em Odontologia

Débora Amorim Pereira

**BRUXISMO DO SONO ASSOCIADO A EROSÃO ÁCIDA, DO
DIAGNOSTICO AO PLANEJAMENTO: REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho apresentado à
Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação
em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Sylvio
Monteiro Junior

Coorientadora: Ms. Maynara
Schlickmann de Freitas

Florianópolis

2017

Débora Amorim Pereira

**BRUXISMO DO SONO ASSOCIADO A EROÇÃO ÁCIDA, DO
DIAGNOSTICO AO PLANEJAMENTO: REVISÃO DE
LITERATURA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de Outubro de 2017.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Sylvio Monteiro Junior
Presidente

Dr.^a Bruna Salamani Sinhori
Membro

Prof. Dr.^a. Beatriz Dulcinéia Mendes de Souza
Membro

Dedico este trabalho à minha mãe e meu irmão Douglas, estes que acreditaram em mim nos momentos que eu mesma já tinha desacreditado, tornando meu sonho realidade.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à **Deus** por minha vida, pelos familiares e amigos que colocou em meu caminho e por tornar realidade meus sonhos.

Aos meus **pais Elizete e Roberto** a quem devo todo meu amor, respeito e gratidão, por me apoiarem nesses longos anos de curso e por nunca terem desistido de mim.

Ao meu **irmão Douglas** que sempre me incentivou e garantiu que eu conseguisse concluir o curso, me patrocinando e cuidando de mim como se fosse sua filha, agradeço e serei eternamente grata pela paciência, carinho, conselhos e apoio nos momentos difíceis.

A minha **irmã Camila** pelo apoio e por ter sido a responsável pelo tema do meu TCC.

Aos meus **irmãos mais velhos Diogo e Thiago** que mesmo longe sempre me apoiaram.

As minhas **amigas Leticia, Simone e Thais** que levo em meu coração e que graças a UFSC tive o prazer de conhecer.

A minha **amiga Gabriela** por estar sempre disposta a me ajudar, por ser minha confidente e conselheira, por acreditar em mim sempre e por ter ficado do meu lado nos dias mais difíceis da minha vida.

A minha **dupla Greice** que foi minha parceira nessa longa jornada, me ajudando em todos os momentos bons e ruins.

Ao meu **orientador Professor Sylvio**, ele que eu admiro e respeito, serei eternamente grata pelo carinho, atenção, paciência comigo, por me incentivar e acreditar em mim, ele é prova viva que se você faz algo por amor, você faz bem feito e encanta as pessoas ao seu redor .

Ao **professor Nelson**, quem tive o prazer de conhecer no final do curso, é um ser humano incrível, tem o carinho de todos que o

conhecem por ser um cara admirável, ético, respeitoso, carinhoso com todos e sempre disposto a ajudar.

A todos os **professores** que me marcaram de uma forma positiva e que pretendo levar como exemplo na minha vida profissional.

A minha **co-orientadora Maynara** que dedicou seu tempo para me ajudar na confecção desse trabalho e pelo carinho e atenção.

A **Bruna** que conheci no laboratório de dentística e me cativou pelo seu jeito doce e gentil de tratar os alunos e por sempre usar palavras de incentivo na hora de ensinar.

Ao **Batista** e ao **Luiz**, técnicos do laboratório, que sempre me trataram muito bem e sempre estavam dispostos a me ajudar, aprendi muito com esses dois e vou levar pra vida os ensinamentos.

A minha **tia de coração Silvana** que me ajudou muito e sempre torceu por mim.

Aos meus demais **amigos e familiares** pelo apoio.

Aos meus **pacientes** que contribuíram para minha formação acadêmica, pelo carinho e paciência.

“Como é feliz aquele que não segue o conselho dos ímpios, não imita a conduta dos pecadores, nem se assenta na roda dos zombadores! Ao contrário, sua satisfação está na lei do Senhor e nessa lei medita dia e noite. É como árvore plantada à beira de águas correntes: dá fruto no tempo certo e suas folhas não murcham. Tudo o que ele faz prospera “

Salmos 1:1-3

RESUMO

A associação do bruxismo com a erosão ácida acelera os danos às estruturas do sistema estomatognático e necessita de um tratamento multidisciplinar. Esse trabalho tem como objetivo discutir, através de uma revisão de literatura, como realizar o diagnóstico e planejamento do tratamento dos casos onde o paciente apresenta as duas patologias associadas. As bases de dados utilizadas foram Pubmed, Lilacs, Google Acadêmico e livros, onde foram selecionados artigos em inglês e português, referentes ao período de 1998 a 2016.

Palavras- chave: Bruxismo, Erosão dentária, Terapia combinada.

ABSTRACT

The association of bruxism with acid erosion accelerates damage to structures of the stomatognathic system and requires multidisciplinary approach. This work aims to discuss, through a literature review, how to perform the diagnosis and treatment planning of cases where the patient presents the two associated pathologies. The databases used were Pubmed, Lilacs, Google Scholar and books, where articles were selected in English and Portuguese, referring to the period from 1998 to 2016.

Keywords: Bruxism, Dental Erosion, Combination Therapy

LISTA DE ABREVIATURAS

ATM – articulação temporomandibular

% - por cento

g- gramas

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Alguns aspectos importantes no diagnóstico diferencial entre erosão dental e bruxismo (CARDOSO, 2003).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mostra perda de textura e brilho na face vestibular dos dentes anteriores causada pela ingestão exacerbada de energético e sucos cítricos, apresenta também micro fraturas no bordo incisal dos incisivos superiores, causada pelo habito parafuncional de ranger os dentes durante o sono (bruxismo).

Figura 2 - Mostra facetas de desgaste na face oclusal dos pré molares e molares superiores, proveniente da ingestão abusiva de energético e sucos cítricos, a paciente também tem bruxismo do sono, o que intensificou o desgaste dentário.

Figura 3 - Mostra facetas de desgaste na face oclusal dos pré molares e molares inferiores, proveniente da ingestão abusiva de energético e sucos cítricos, por essa característica ser sugestivas de erosão ácida por etiologia intrínseca, a paciente foi encaminhada ao gastroenterologista, a paciente também tem bruxismo do sono, o que intensificou o desgaste dentário.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 OBJETIVO	27
3 REVISÃO DE LITERATURA	29
3.1 SALIVA	32
3.2 ANATOMIA E OCLUSÃO DENTAL	32
3.3 COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA DENTAL	33
3.4 FATORES COMPORTAMENTAIS	33
3.5 ESTILO DE VIDA	33
4 METODOLOGIA	41
5 DISCUSSÃO	43
6 CONCLUSÃO	45
7 REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

O desgaste dental consiste na perda gradual de tecido dental duro causada por processos mecânicos e químicos. Esse desgaste pode ser classificado em fisiológico quando ocorre devido ao exercício das funções normais do sistema estomatognático, ou patológico quando esse desgaste leva ao desenvolvimento de problemas estéticos, funcionais e sensibilidade dentária (AMERICAN SLEEP DISORDERS ASSOCIATION, 2000; Amaral et al, 2011).

Existem algumas patologias que se enquadram nesse tipo de desgaste, como abrasão, abfração, atrição e erosão ácida, porém nessa revisão da literatura, nosso foco será o bruxismo e a erosão ácida.

Bruxismo é caracterizado, pelo contato estático ou dinâmico da oclusão dos dentes, em momentos que não aqueles realizados durante as funções normais de mastigação e/ou deglutição. Vários são os fatores de risco associados ao bruxismo de sono: idade, álcool, cafeína, tabaco, estresse e personalidade. Caso não seja tratado corretamente, casos mais severos evoluem para uma disfunção temporomandibular (Cardoso, 2003; Amaral et al 2012).

Já a erosão dentária é conceituada como a perda dos tecidos duros dentários através de um processo químico, sem envolvimento bacteriano, comumente causada por uma dieta rica em alimentos ácidos e doenças gástricas, que levam à perda do esmalte com exposição de dentina, deixando os dentes sensíveis e mais suscetíveis a fratura (Cardoso, 2003; Amaral et al 2012).

O tratamento das duas patologias consiste em identificar e remover o agente causador, controlando os fatores de risco; nos casos mais severos, a perda de estrutura dental precisa ser restituída através de restaurações, facetas e coroas (Vasconcelos et al, 2010).

As duas patologias, associadas, só aumentam os danos aos tecidos dentários. Por possuírem etiologias distintas, precisam de um correto diagnóstico, para que, com o tratamento, os danos sejam paralisados, já que o tecido perdido não será restituído de maneira fisiológica (Cardoso et al, 2003; Amaral et al 2012).

Este trabalho tem como objetivo discutir, através de uma revisão da literatura, como realizar o diagnóstico e planejamento do tratamento dos casos onde o paciente apresenta as duas patologias associadas.

2 OBJETIVO

Discutir através de uma revisão de literatura, como realizar o diagnóstico e planejamento dos casos onde o paciente apresenta as duas patologias associadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O desgaste dentário é inerente às pessoas que possuem dentes. Existem dois tipos de desgaste: o fisiológico, que vai ocorrer devido às funções normais do sistema estomatognático, e o desgaste patológico, que levará a problemas funcionais e estéticos. É muito importante que o dentista saiba identificar os fatores de risco e diagnosticar corretamente (Amaral et al, 2011).

O desgaste fisiológico pode ser caracterizado por uma perda muito lenta da convexidade das cúspides, pelo desaparecimento das cristas de desenvolvimento e pela redução do comprimento das arcadas. Existe uma efetiva redução na altura e na dimensão méso-distal dos dentes que são compensadas por mecanismos fisiológicos tais como compensação dento- alveolar e pressão anterior que mantém os contatos interproximais (Bader et al, 2000).

O desgaste patológico é assim denominado quando o estado de conservação da estrutura dentária for alvo de preocupação para o paciente e quando o grau de destruição provoca problemas funcionais, estéticos ou de sensibilidade dentária (AMERICAN SLEEP DISORDERS ASSOCIATION, 2000).

O bruxismo pode ser classificado em bruxismo do sono e bruxismo diurno. O bruxismo do sono se diferencia do bruxismo diurno por envolver distintos estados de consciência, ou seja, sono e vigília; e diferentes estados fisiológicos com diferentes influências na excitabilidade oral motora. Assim, o bruxismo diurno é caracterizado por uma atividade semivoluntária da mandíbula, de apertar os dentes enquanto o indivíduo se encontra acordado, onde geralmente não ocorre o ranger de dentes, e está relacionado a um tique ou hábito parafuncional (BADER et al, 2000). O bruxismo do sono é uma parafunção, caracterizada pelo ranger ou apertar dos dentes durante o sono, com produção de sons, enquanto o indivíduo encontra-se dormindo (Amaral et al, 2012).

Quanto à etiologia, existe outra classificação para o bruxismo: primário ou secundário. O bruxismo primário, por ser idiopático, não está relacionado a nenhuma causa médica evidente, clínica ou psiquiátrica. Esta forma primária parece ser um distúrbio crônico persistente, com evolução a partir do seu

aparecimento na infância ou adolescência para a idade adulta. Já o bruxismo secundário está associado com outros transtornos clínicos: neurológico, como na doença de Parkinson; psiquiátrico, nos casos de depressão; outros transtornos do sono, como a apneia; e uso de drogas (Bader et al ,2000).

Cardoso et al, trazem outra classificação para o bruxismo, segundo a forma como ele se apresenta:1. Bruxismo de apertamento, que acarreta grande destruição óssea, devido á forte pressão transmitida ao osso alveolar e ocorre com mais frequência durante o dia; 2. Bruxismo de rangimento; normalmente noturno, onde o paciente apresenta atrição dentária e perda óssea alveolar; e 3.Bruxismo de batimento dos dentes , menos frequente que os outros tipos, que é caracterizado por um contato rápido, repetido e rítmico dos dentes com pressões descontinuas, por isso os efeitos são menores.

O estresse tem sido considerado um fator etiológico do bruxismo do sono. Contudo, alguns estudos falharam em demonstrar a relação entre eles (Amaral et al, 2011).

Cardoso et al, em sua revisão de literatura, conseguiram relacionar que o ato de ranger e apertar os dentes pode ser utilizado como um meio de aliviar frustrações e tensões, mostrando que fatores emocionais e psicológicos têm forte relação com a etiologia do bruxismo (Cardoso et al, 2003).

A maior parte da atividade funcional que ocorre na mandíbula consiste em contração rítmica bem controlada e relaxamento dos músculos. Este ritmo de atividade permite o fluxo sanguíneo adequado, que fornece oxigênio para os tecidos e elimina subprodutos acumulados ao nível celular. O bruxismo, por contraste, resulta em contração muscular sustentada por longos períodos. Este tipo de atividade reduz a oxigenação do tecidos musculares, pois há redução do fluxo sanguíneo e, como resultado, os níveis de dióxido de carbono e subprodutos de resíduos celulares no tecido muscular aumentam, criando os sintomas de fadiga, dor e espasmos (Okeson, 1966).

Como consequência do bruxismo os pacientes podem apresentar facetas de desgaste, sensibilidade dentinária, fraturas dentárias e ou de restaurações, dores de cabeça, disfunção da articulação temporomandibular (ATM), clique na ATM, trismo, perda da dimensão vertical e reabsorção radicular. Também podemos observar sinais radiográficos, como alteração

da lâmina dura, aumento do espaço do ligamento periodontal, aumento do trabéculado ósseo e da crista alveolar, rarefação do osso e da crista alveolar, exostoses alveolares, calcificações pulpares, hipercementoses, reabsorção radicular e radio luminescência apical indicando necrose pulpar (Cardoso et al, 2003).

O tratamento do bruxismo é um desafio para o dentista e para o paciente, e consiste em minimizar os sintomas. Atualmente o mais indicado é o uso de placas interoclusais rígidas (Varalaskimi, 2014).

O tratamento tem como objetivo reduzir a tensão física, aliviar os sinais e sintomas, minimizar as irritações oclusais e romper o padrão neuromuscular habitual.

O tratamento local, deve ser iniciado através de restaurações, quando o desgaste é severo. Essas restaurações podem ser diretas ou indiretas, com resina composta ou cerâmica. É importante que o paciente faça uso da placa oclusal rígida, tanto para proteger os dentes do atrito, quanto para aumentar a longevidade das restaurações .

Podemos fazer uso de medicação sistêmica, como tranquilizantes, relaxantes musculares, sedativos, analgésicos e placebo, visando diminuir a tensão e por consequência o hábito psicológico (Cardoso et al,2003).

Além dessas medidas, podemos sugerir ao paciente que apresenta fatores emocionais relacionados que procure tratamento psicológico (Cardoso et al,2003).

Um estudo do uso de placas macias e duras para tratamento do bruxismo noturno observou que os pacientes que usaram a placa rígida tiveram a atividade muscular diminuída, e já os pacientes que fizeram uso da placa macia tiveram a atividade muscular aumentada (Okeson et al, 1987).

A erosão dental é o resultado de uma perda patológica, crônica, localizada, de tecido dental mineralizado submetido quimicamente ao ataque ácido, sem o envolvimento bacteriano, podendo ser classificada em extrínseca, intrínseca e idiopática (Baratieri et al, 2015).

Um estudo realizado por Moss em 1998 mostra através de uma revisão da literatura, que a erosão dental é multifatorial e, para desenvolver a doença o individuo precisa ser suscetível. Moss cita alguns fatores como modificadores biológicos, são

eles: estilo de vida, saliva, fatores comportamentais, composição e estrutura do dente, anatomia e oclusão, movimentos fisiológicos dos tecidos moles envolvidos na mastigação (Moss,1998).

3.1 Saliva

A saliva é um dos fatores, mais importante, pois desenvolve um papel essencial na proteção dos dentes contra a erosão ácida. Tem a capacidade de neutralizar e tamponar os ácidos presentes nos alimentos, possui cálcio, fosfato e flúor na sua composição. Forma película adquirida pela adsorção e dilui agentes potencialmente erosivos para os dentes. Tanto a qualidade como a quantidade de saliva são responsáveis pelas diferenças observadas na erosão dentária em indivíduos que aparentemente possuem o mesmo padrão de consumo de alimentos ácidos (Moss,1998).

3.2 Anatomia e oclusão dental

A forma e o contorno dos dentes tem relação com a ingestão e deglutição dos alimentos, influenciando no desenvolvimento da erosão dental.

O esmalte ácido-erodido é considerado mais susceptível ao desgaste e, portanto, a oclusão desempenha um papel importante na manifestação de erosão induzida por padrões de desgaste dos dentes.

O desgaste será mais acelerado na presença de hábitos parafuncionais como o bruxismo (Moss,1998).

3.3 Composição e estrutura dental

A composição dental varia de um individuo para outro, estudos clínicos mostraram diferenças acentuadas na resposta de vários dentes humanos a bebidas ácidas (Moss,1998).

3.4 Fatores comportamentais

O jeito pelo qual o indivíduo faz a ingestão das substâncias ácidas influencia diretamente no risco de desenvolver a erosão dental. Aumentar o tempo de contato da substância com os dentes, fazer ingestão diariamente, ingerir antes de dormir, isso tudo vai deixar o indivíduo mais suscetível (Moss, 1998).

3.5 Estilo de vida

A erosão extrínseca é o resultado da ação de ácidos exógenos. Os ácidos provenientes da dieta são os principais fatores etiológicos para este tipo de erosão. Os mais frequentemente consumidos são os de frutas e, em especial, o ácido cítrico contido em frutas frescas, sucos de frutas e refrigerantes (Randazzo et al, 2006).

Ironicamente, as dietas mais saudáveis, incluindo o consumo de mais frutas e vegetais, podem ser um importante fator na etiologia da erosão dentária.

A prática de exercício físico aumenta a perda de fluidos corporais e pode levar à desidratação e redução do fluxo salivar; para fazer a reposição desse líquido perdido, é feita a ingestão de bebidas isotônicas que possuem baixo pH, o que, durante uma redução do fluxo salivar, pode ser duplamente perigoso para a dentição (Moss, 1998).

Dos fatores intrínsecos, a causa mais comum de erosão está relacionada ao refluxo gastroesofágico e regurgitação, afetando mais de 60% das pessoas em algum momento de suas vidas. Associado ao baixo pH e ao suco gástrico, a destruição do esmalte e da dentina é frequentemente mais severa do que a causada por fatores extrínsecos (Bartlett D, 2007).

A erosão ácida é uma característica clínica do refluxo esofágico; o médico, antes de realizar um exame mais invasivo, pode através do exame clínico dentário, diagnosticar o refluxo (Lee, 2016).

A erosão idiopática é uma classificação utilizada quando não se consegue determinar a proveniência do ácido e o seu diagnóstico não é possível de ser efetuado quer através de exames clínicos ou da anamnese (Randazzo et al, 2006).

A localização dessas lesões depende da sua etiologia, e afeta preferencialmente as faces vestibulares dos incisivos superiores (figura 1) quando se trata de etiologia extrínseca.

Quando esta é intrínseca, o desgaste é provocado na maioria das vezes nas superfícies palatinas e oclusais dos dentes localizados na arcada superior (figura 2) e faces linguais e oclusais dos dentes inferiores posteriores (figura 3) (Litonjua et al, 2003).



Figura 1- Mostra perda de textura e brilho na face vestibular dos dentes anteriores causada pela ingestão exacerbada de energético e sucos cítricos, apresenta também micro fraturas no bordo incisal dos incisivos superiores, causada pelo hábito parafuncional de ranger os dentes durante o sono (bruxismo).



Figura 2- Mostra facetas de desgaste na face oclusal dos pré molares e molares superiores, proveniente da ingestão abusiva de energético e sucos cítricos, a paciente também tem bruxismo do sono, o que intensificou o desgaste dentário.



Figura 3- Mostra facetas de desgaste na face oclusal dos pré molares e molares inferiores, proveniente da ingestão abusiva de energético e sucos cítricos, por essa característica ser sugestivas de erosão ácida por etiologia intrínseca, a paciente foi encaminhada ao gastroenterologista, a paciente também tem bruxismo do sono, o que intensificou o desgaste dentário.

Foi realizada uma meta análise por Li em 2012, onde vários artigos foram pesquisados, chegando á conclusão que refrigerante e vitamina C são fatores de risco para a erosão dentária, já o iogurte, suco, bebida esportiva e leite não foram considerados fatores de risco. Cabe ao dentista orientar o paciente quanto ao consumo desses alimentos, indicando limitar e diminuir o tempo do refrigerante na boca, explicando como ocorre a erosão (que devido ao baixo pH, o dente desmineraliza). Os comprimidos de vitamina C também mostraram forte associação com a erosão dental. É importante

orientar o paciente a consumir 400 g de frutas por dia para evitar a deficiência dessa vitamina . O leite e o iogurte são fontes de cálcio dietético, o que confere proteção ao esmalte, sendo indicados como substitutos do refrigerante na dieta. O dentista deve ser um promotor de saúde (Li, 2012).

O tratamento da erosão ácida, como todo tratamento, deve começar removendo o agente causador, controlando os fatores de risco, para então começar o tratamento restaurador, que pode ser realizado por resina composta, facetas e coroas .Cabe ao dentista, junto com o paciente, escolher qual tratamento é o mais indicado para o caso.

É recorrente que os pacientes com erosão ácida relatem hipersensibilidade. O laser de baixa potência pode ser indicado para amenizar a sintomatologia (Vasconcelos et al, 2010).

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

Quadro 1 - Alguns aspectos importantes no diagnóstico diferencial entre erosão dental e bruxismo

Diagnóstico diferencial	Erosão dental	Bruxismo
Natureza do processo	Química	Física
Tipo de desgaste	Concavidades nas superfícies oclusais e incisivas, com perda do brilho do esmalte	Facetas sem perda do brilho do esmalte
Restauração de resina	Desprendem-se com muita facilidade.	Desgastam-se com mais intensidade, mas acompanham o desgaste dentário (facetas).
Restauração de amálgama	Ficam salientes em relação ao restante do dente, com aspecto de “ilhas” isoladas na superfície oclusal.	Ficam brilhantes na região do desgaste e acompanham o desgaste do esmalte em forma de facetas.
Localização	Mais evidente nas concavidades palatinas dos dentes anteriores superiores	Bordas incisais dos dentes anteriores e oclusais dos posteriores

(Cardoso et al, 2003)

O diagnóstico de desgaste dentário é efetuado a partir da observação clínica, dos resultados da análise, achados médicos, nutricionais e ocupacionais e dos relatos da dieta do paciente (Ganss, 2008).

A prevalência dessas duas patologias tem aumentado com o passar dos anos, por isso é importante que o odontólogo seja capaz de realizar o diagnóstico e orientar o paciente, além de

encaminhá-lo aos outros profissionais que deverão participar do tratamento, como: nutricionista, psicólogo e gastroenterologista.

O bruxismo e a erosão atuam de forma aditiva e sinérgica no processo de desgaste tanto de esmalte, quanto de dentina, levantando a importância de um correto diagnóstico e controle dos fatores etiológicos para, então, poder ser realizado o tratamento mais adequado (Bonato et al,2015).

Antes de começar o tratamento em si, é muito importante planejar bem o caso, por meio de fotografias intraorais, modelos de estudo, exame e registro das características do desgaste e registro da intensidade (Johansson et al, 1994).

4 METODOLOGIA

Para elaborar este trabalho, uma pesquisa bibliográfica foi realizada buscando nos bancos de dados Pubmed, Lilacs, Google Acadêmico. Foram utilizadas como palavras – chave “Bruxism”, “Dental Erosion”, “Combination Therapy”. Os critérios de inclusão constaram de artigos completos na língua portuguesa e inglesa publicados entre 1998 e 2016. O resgate de publicações foi complementado com busca em outros artigos, citados nas referencias das publicações coletadas. Também foram utilizados capítulos de livros.

5 DISCUSSÃO

Os artigos pesquisados mostram que a erosão ácida é uma patologia multifatorial. O paciente, além de ter os fatores de risco, precisa ser suscetível, já que estudos realizados com pacientes que tinham atividade de risco comparado, a pacientes que não tinham atividade de risco mostraram que nem todos os pacientes com atividade de risco desenvolveram a doença (Moss,1998; Amaral et al, 2012).

Alguns alimentos citados como possíveis fatores de risco são encontrados na dieta de pessoas que buscam uma alimentação mais saudável e praticantes de esportes. Pode surgir a dúvida: será que vale a pena colocar a saúde dos dentes em risco por uma vida mais saudável? Na verdade, a busca pela saúde deve ser feita através da ajuda de profissionais capacitados. Ingerir ou não alimentos ácidos não é a questão. O problema está na frequência e no modo como é feita essa ingestão. Vale ressaltar que além dos fatores de risco, o indivíduo também precisa ser suscetível, para desenvolver a erosão dental.

O bruxismo do sono também possui etiologia multifatorial. Alguns autores concordam que o estresse é um fator de risco, outros não acreditam nessa relação (Amaral et al, 2011 e Cardoso et al, 2003).

Cardoso et al, citam Ramfjord, que relatou bruxismo experimental, produzido em macacos, onde a colocação de restaurações de amálgama com prematuridade oclusal em molares mostrou que os animais rangeram os dentes até o amálgama ser desgastado, e então o hábito cessou.

Jankelson sugeriu que ranger os dentes é resultante de um esforço para se remover a interferência e ganhar o máximo de contato dentário.

6 CONCLUSÃO

As duas patologias erosão ácida e bruxismo, associadas aceleram drasticamente a perda dos tecidos dentais. Apesar de as etiologias serem distintas, o diagnóstico das duas doenças é realizado através de um bom exame físico e anamnese. Cabe ao dentista levar em consideração a severidade e o grau de destruição dos tecidos dentais, desconfiando de uma associação de patologias quando encontrar desgastes severos em um curto espaço de tempo, por exemplo em pacientes muito jovens.

REFERÊNCIAS

- 1 AMARAL, Simone de Macedo et al ,**Lesões não cariosas :O** desafio do diagnostico Multidisciplinar,São Paulo, vol 16, n.1, mar. 2012.
- 2- AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. **The International Classification of Sleep Disorders, revised:** diagnostic and coding manual. Chicago, 2001. 401p.
- 3-BADER, G.; LAVIGNE, G. **Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder**, Londres: editora Santos, 2000.
- 4- BARTLETT D. **A new look at erosive tooth wear in elderly people**. Londres ,J Am Dent Assoc. ed 138, 2007.
- 5- BARATIERI, L. N.; Monteiro Jr, S. et al. Odontologia Restauradora: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Ed. Santos/2 a . Edição, 2015. 852p
- 6-BARBOSA,C.R .**Desgaste dentário e Prótese removível**, Porto, editora Ponto Ltda p.3-9, 2005.
- 7-CARDOSO, C. A et al. **Oclusão :para você e para mim**. São Paulo: Ed. Santos, p.62-111,2003.
- 8-GANSS,C. How valid are current diagnostic criteria for dental erosion? **Clin oral invest**, vol 12,n.1p.41-44,2008.
- 9-HERMONT A P et al,**Tooth erosion and eating disorders: A** systematic review and meta-analysis,USA,2014
- 10- IMDELF,T. Dental erosion. Definition, classification and links. **Erupean journal**, p.151-155,1996.
- 11- JOHANSSON,A. OMAR,R.Identification and management of tooth wear. **Int J Prosthodont**, v.7, n.6, p.506-516,1994.

12-LEE R.B et al. **Dental complications of gastro-oesophageal reflux disease** (GORD):Guidance for physicians, New Zealand,2016.

13-Li, H., Y. Zou, and G. Ding, Dietary factors associated with dental erosion: a meta-analysis. **PLoS One**, v.7, n.8, p. e42626,2012

14-LITONJUA ,L.A. et al.Tooth wear:atrition, erosion, and abrasion.**Quintessence**, v.34, n.6, p.435-446, 2003.

15-Moss SJ. Dental erosion. *Int Dent J*, v.48, n.6, p.529-539, 1998.

16-OKESON ,JP. Oclusão. Em: Ramfjord S, Ash MM, editores. **Tratamento de Distúrbios Temporomandibulares e Oclusão**. 5a ed. Filadélfia: Saunders; 1966.

17 OKESON JP. O efeito de splints oclusais duros e macios no bruxism nocturnal. **J Am Dent Assoc**, v.114, n.6, p 788-791,1987.

18- RANDAZZO, A. R.; AMORMINO, S. A. F.; SANTIAGO, M. O. Erosão dentária por influência da dieta. Revisão da literatura e relato de caso clínico. **Arq. Bras. Odontol**, v. 2, n. 1, p. 10-16, 2006.

19- VARALAKSHMI R, S.; Praveen Kumar, M.; Sravanthi, D.; Mohsin, A. H. B. & Anuhya, V. Bruxism: A literature review. **J. Int. Oral Health**,v.6, n.6, p 105-109, 2014.

20- VASCONCELOS, F M N; VIEIRA, S C M; COLARES, V. Erosão dental: diagnóstico, prevenção e tratamento no âmbito da saúde bucal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 59-64, 2010.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 19 dias do mês de outubro de 2014, às 17:30 horas,
em sessão pública no (a) Auditorio CCS desta Universidade, na presença da
Banca Examinadora presidida pelo Professor

Sylvio Monteiro Junior

e pelos examinadores:

1- Bruna Salomoni Siqueira

2- Beatriz D. Santos

o aluno Debora Amorim Pereira

apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado:

Proximos do sono associados à ansiedade, a cada dia
diagnóstico e planejamento: Revisão de literatura

como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela APROVAÇÃO do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.

Sylvio Monteiro Junior
Presidente da Banca Examinadora

Bruna Salomoni Siqueira
Examinador 1

Beatriz D. Santos
Examinador 2

Debora Amorim Pereira
Aluno